

**가내 지원 서비스(IHSS)  
 제공자에게 승인된 시간 할당을 요하는  
 수혜자 요청서**

IHSS 수혜자 케이스 번호

수혜자 이름	(이름	중간이름	성)	
제공자 이름	(이름	중간이름	성)	제공자 식별 번호
				월 할당 시간

이 양식을 작성 완료하여 카운티 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램에 제출함으로써, 지정된 승인 시간수를 지명한 제공자에게 할당해 주도록 본인이 IHSS 프로그램에 요청한다는 것을 이해합니다. 본인은 또한 이 요청을 함으로써, 본인이 그/그녀에게 할당해 주도록 이 양식에 요청한 시간을 초과한 것에 대해서는 본인의 제공자의 근무 시간표가 처리되지 않을 것이라는 것도 이해합니다. 본인이 카운티 IHSS 프로그램에 새 요청 양식을 제출할 때까지 이 요청은 유효할 것입니다.

수혜자 서명		날짜
권한대리인(수혜자가 본인을 대신하여 서명할 수 없는 경우)	수혜자와의 관계	전화번호
권한대리인 서명		날짜
제공자 서명		날짜

**COUNTY USE ONLY**

**COMMENTS**

SOCIAL WORKER NAME	(FIRST	MIDDLE	LAST)	SOCIALWORKER IDENTIFICATION NUMBER
--------------------	--------	--------	-------	------------------------------------